



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 906**

17 Ιουλίου 2002

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Α1/13310

Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/1.5.2002 .

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α΄/11.6.1986.

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του Ν. 2690/99 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α΄/9.3.1999.

4. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 154/Α΄/1992) με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α΄/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ39/Α΄/1997).

5. Την ΔΙΔΚ/Φ 1/2/22875/31.10.2001 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτ., Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

6. Την ανάγκη βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

7. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του Ν. 3013/2002 διαδικασία:

Θέματα αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Θέματα Υγείας

1. Έκδοση βιβλιαρίου ασθενείας Δημοσίων Υπαλλήλων (για προστατευόμενα μέλη).

2. Χορήγηση βεβαίωσης εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ιατρού.

3. Χορήγηση πιστοποιητικού νοσηλείας ανηλίκων.

4. Χορήγηση πιστοποιητικού νοσηλείας ή εξέτασης σε εξωτερικά ιατρεία ενηλίκων.

5. Έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος αισθητικού.

6. Έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος εργοθεραπευτή.

7. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος τεχνίτη περιποίησης χεριών και ποδιών.

8. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος βοηθού κουρέα - κομμωτή.

9. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος κουρέα.

10. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος κομμωτή κομμώτριας.

11. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος κομμωτή - κομμώτριας Α΄.

12. Άδεια άσκησης επαγγέλματος μαίας ή μαιευτή.

13. Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτριας ή νοσηλευτή που έλαβε πτυχίο από χώρες της Ε.Ε.

14. Άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλεύτριας ή νοσηλευτή.

15. Άδεια άσκησης επαγγέλματος βοηθών νοσηλευτών.

16. Άδεια άσκησης επαγγέλματος οδοντοτεχνίτη.

17. Έκδοση άδειας άσκησης επαγγέλματος οπτικού.

18. Άδεια άσκησης επαγγέλματος φαρμακοποιού.

19. Άδεια άσκησης επαγγέλματος φυσικοθεραπευτή.

20. Άδεια άσκησης επαγγέλματος ψυχολόγου με βάση την οδηγία 89/48 της ΕΟΚ.

21. Άδεια λειτουργίας μονάδων αδυνατίσματος και διαιτολογικών μονάδων.

22. Άδεια λειτουργίας εργαστηρίου φυσικοθεραπείας.

23. Έγκριση εξόδων μετακίνησης ασφαλισμένων δημόσιου (για νοσηλεία) από πόλη σε πόλη.

24. Έγκριση εξόδων οδοντοθεραπείας ασφαλισμένων δημοσίου.

25. Έγκριση εξόδων αποκλειστικής νοσοκόμας (μόνο νυκτός)- για ασφαλισμένους δημοσίου.

26. Άδεια άσκησης επαγγέλματος επισκέπτριας ή επισκέπτη υγείας.

27. Άδεια άσκησης επαγγέλματος Μαίας ή Μαιευτή που έλαβε πτυχίο από χώρες τηςΕ.Ε.

Θέματα Πρόνοιας

28. Χορήγηση Οικονομικής Ενίσχυσης Τυφλότητας.

29. Οικονομική ενίσχυση πρόνοιας σε απροστάτευτα παιδιά.

30. Χορήγηση επιδόματος από το πρόγραμμα Οικονομικής ενίσχυσης Ατόμων με ειδικές Ανάγκες (ΑΜΕΑ) με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω.

31. Χορήγηση Οικονομικής ενίσχυσης σε κωφούς.

32. Χορήγηση μηνιαίου στεγαστικού επιδόματος.

33. Χορήγηση Δελτίου Μετακίνησης ΑμεΑ με τα μαζικά μέσα συγκοινωνίας.

34. Οικονομική ενίσχυση σε πάσχοντες από συγγενή αιμολυτική αναιμία ή αιμορραγική διάθεση ή AIDS.

35. Χορήγηση Επιδόματος Καυσίμων.

Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλην αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνση τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 11 Ιουλίου 2002

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΚΩΣΤΑΣ ΣΤΕΦΑΝΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση βιβλιαρίου ασθενείας Δημοσίων Υπαλλήλων (για προστατευόμενα μέλη) »

ΠΡΟΣ:	*	**Αριθμός Πρωτοκόλλου**	**Ημερομηνία**	**Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου Νοσηλείας Ασφαλισμένου**
		***Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία**		

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα αναγραφόμενα (κατά περίπτωση) στο **απογραφικό Δελτίο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου.**

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Ο άμεσα ασφαλισμένος συμπληρώνει το απογραφικό δελτίο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου που προμηθεύεται από την Υπηρεσία του (αναγράφει τα στοιχεία των προστατευομένων μελών για τα οποία αιτείται την έκδοση του βιβλιαρίου ασθενείας, κλπ) και στη συνέχεια, πριν να το υποβάλει στο Κ.Ε.Π., το υπογράφει και το σφραγίζει ο Δ/ντής της Υπηρεσίας που ανήκει ο ασφαλισμένος.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

Τα αναγραφόμενα (κατά περίπτωση) στο **απογραφικό Δελτίο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου.**

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Ο άμεσα ασφαλισμένος συμπληρώνει το απογραφικό δελτίο για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου που προμηθεύεται από την Υπηρεσία του (αναγράφει τα στοιχεία των προστατευομένων μελών για τα οποία αιτείται την έκδοση του βιβλιαρίου ασθενείας, κλπ) και στη συνέχεια, πριν να το υποβάλει στο Κ.Ε.Π., το υπογράφει και το σφραγίζει ο Δ/ντής της Υπηρεσίας που ανήκει ο ασφαλισμένος.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΠΑΙΘΡΟΥ ΙΑΤΡΟΥ»

ΠΡΟΣ:	Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας /Διεύθυνση Προσωπικού Νομικών Προσώπων	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:	
Ημερομηνία γέννησης[1]:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	Αριθ: ΤΚ:
Τηλ:	Fax:	E – mail:	
Τόπος Εκπλήρωσης Υπηρεσίας Υπαίθρου:			
Κέντρο Υγείας:	Περιφερειακό Ιατρείο:	Νομός:	
Χρονικό Διάστημα Εκπλήρωσης Υπηρεσίας Υπαίθρου:			
Από: / /	Μέχρι: / /	ή Έτος:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	Τ.Κ:
Τηλ:	Fax:	E – mail:	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	--	--	--

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.

.........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Οποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

**Η αίτηση απευθύνεται στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα όπου νοσηλεύτηκε ο ασθενής.*

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΟΣ ΑΝΗΛΙΚΟΥ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Ημερομηνία γέννησης[1]:		Τόπος Γέννησης:	
Χρόνος νοσηλείας:	Από: / /	Μέχρι : / /	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		ή Αριθ. Διαβατ.			
Ημερομηνία γέννησης[1]:		Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	
Λόγος Χορήγησης Πιστοποιητικού:					

**** Όταν το πιστοποιητικό προορίζεται για δικαστική χρήση πρέπει ο αιτών πατέρας/αιτούσα μητέρα να δηλώνει υπεύθυνα (στην υπεύθυνη δήλωση σύμφωνα με το άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986 που συμπεριλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση) ότι δεν είναι διαζευγμένος ή εν διαστάσει με την μητέρα/τον πατέρα του παιδιού. Αν υπάρχει διαζύγιο ή διάσταση απαιτείται Εισαγγελική εντολή.**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	–	–	–

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από το Νοσοκομείο
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.(Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « □ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ
□ Ή ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

**Η αίτηση απευθύνεται στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα όπου νοσηλεύτηκε ο ασθενής.*

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ/ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			ή Αριθ. Διαβατ.				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Τμήμα νοσηλείας ή εξέτασης:							
Χρόνος νοσηλείας:	**Από:**	/ /	**Μέχρι :**	/ /			
Ημερομηνία Εξέτασης (ως εξωτερικός ασθενής):		/ /					
Λόγος χορήγησης Πιστοποιητικού:							

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:			ΑΔΤ:		
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Δεν απαιτούνται δικαιολογητικά	--	--	--

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από το Νοσοκομείο

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………………

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη.(Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[4]
1. Αντίγραφο πτυχίου Σχολής*.	☐	☐	☐
2. Αναγνώριση πτυχίου από το Υπουργείο Παιδείας ως ισότιμου με εκείνο που χορηγεί η σχολή του.	☐	☐	☐
3. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης* (τρίμηνης ισχύος).	☐	☐	☐
4. Πιστοποιητικό εισαγγελίας ή υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86	☐	☐	☐
5. Πιστοποιητικό υγείας (Α΄βάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής).	☐	☐	
6. Παράβολο από Δ.Ο.Υ. 7.63 €.	☐	☐	
7. Δύο φωτογραφίες και παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29.35 € για την άδεια.	☐	☐	
8. Α) Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών καθώς και άδεια παραμονής και εργασίας.	☐	☐	
Β) Για τους υπηκόους των Κρατών – Μελών της Ε.Ε. απαιτείται άδεια διαμονής η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.	☐	☐	
Γ) Για τους ομογενείς από Τουρκία και Κύπρο απαιτείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/91 και την παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 4310/92.	☐	☐	
Δ) Για τους ομογενείς από Αλβανία απαιτείται το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας ομογενών (ΕΔΤΟ).	☐	☐	
9. Φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας επικυρωμένη.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: * Μπορούν να αναζητηθούν και μέσω του 1502.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 36,98 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(4)
1. Αντίγραφο πτυχίου Σχολής*.	☐	☐	☐
2. Αναγνώριση πτυχίου από το Υπουργείο Παιδείας ως ισότιμου με εκείνο που χορηγεί η σχολή του.	☐	☐	☐
3. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης* (τρίμηνης ισχύος).	☐	☐	☐
4. Πιστοποιητικό εισαγγελίας ή υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86	☐	☐	☐
5. Πιστοποιητικό υγείας (Α΄βάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής).	☐	☐	
6. Παράβολο από Δ.Ο.Υ. 7.63 €.	☐	☐	
7. Δύο φωτογραφίες και παράβολο χαρτοσήμου από Δ.Ο.Υ. 29.35 € για την άδεια.	☐	☐	
8. Α) Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών καθώς και άδεια παραμονής και εργασίας.	☐	☐	
Β) Για τους υπηκόους των Κρατών – Μελών της Ε.Ε. απαιτείται άδεια διαμονής η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.	☐	☐	
Γ) Για τους ομογενείς από Τουρκία και Κύπρο απαιτείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/91 και την παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 4310/92.	☐	☐	
Δ) Για τους ομογενείς από Αλβανία απαιτείται το Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας ομογενών (ΕΔΤΟ).	☐	☐	
9. Φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας επικυρωμένη.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 36,98 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)
(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:			Αριθ:		ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο πτυχίου (προκειμένου για πτυχιούχους εξωτερικού και απόφαση αναγνώρισης ισοτιμίας του πτυχίου από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων).	□	□	□
2. Πιστοποιητικό γέννησης Δήμου ή Κοινότητας ή επικυρωμένη φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας.	□	□	□
3. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	□	□	□
4. Δύο (2) φωτογραφίες.	□	□	
5. Παράβολο **7.63 €** από Δ.Ο.Υ.	□	□	
6. Για τους αλλοδαπούς απαιτείται πιστοποιητικό αμοιβαιότητας του Υπουργείου Εξωτερικών καθώς και άδεια παραμονής και εργασίας. **Για τους υπηκόους των κρατών – μελών της Ε.Ε.** απαιτείται άδεια διαμονής, η οποία εκδίδεται από το Υπ. Δημόσιας Τάξης. **Για τους ομογενείς εξ Αλβανίας** απαιτείται Ε.Δ.Τ.Ο. (Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς). **Για τους λοιπούς ομογενείς από Κύπρο και Τουρκία** απαιτείται Δελτίο Ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/91 και της παρ.2 του αρθ.36 του Ν. 4310/92.	□	□	□
7. Παράβολο χαρτοσήμου **29.35 €** από Δ.Ο.Υ.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: € 36,98

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο πτυχίου (προκειμένου για πτυχιούχους εξωτερικού και απόφαση αναγνώρισης ισοτιμίας του πτυχίου από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων).	☐	☐	☐
2. Πιστοποιητικό γέννησης Δήμου ή Κοινότητας ή επικυρωμένη φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας.	☐	☐	☐
3. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	☐	☐	☐
4. Δύο (2) φωτογραφίες.	☐	☐	
5. Παράβολο **7.63 €** από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	
6. Για τους αλλοδαπούς απαιτείται πιστοποιητικό αμοιβαιότητας του Υπουργείου Εξωτερικών καθώς και άδεια παραμονής και εργασίας. **Για τους υπηκόους των κρατών – μελών της Ε.Ε.** απαιτείται άδεια διαμονής, η οποία εκδίδεται από το Υπ. Δημόσιας Τάξης. **Για τους ομογενείς εξ Αλβανίας** απαιτείται Ε.Δ.Τ.Ο. (Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς). **Για τους λοιπούς ομογενείς από Κύπρο και Τουρκία** απαιτείται Δελτίο Ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/91 και της παρ.2 του αρθ.36 του Ν. 4310/92.	☐	☐	☐
7. Παράβολο χαρτοσήμου **29.35 €** από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: € 36,98

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΤΕΧΝΙΤΗ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗΣ ΧΕΡΙΩΝ ΚΑΙ ΠΟΔΙΩΝ».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο πτυχίου ΤΕΣ Β/θμιας Εκπαίδευσης ή ισότιμο της ημεδαπής ή αλλοδαπής, ειδικότητας Κομμώσεων και Βαφής Μαλλιών με ένα έτος προϋπηρεσία περιποίησης χεριών – ποδιών.	☐	☐	☐
2. Πιστοποίηση της προϋπηρεσίας, ανάλογα με την αιτούμενη άδεια ασκήσεως επαγγέλματος με αποδεικτικά στοιχεία του αντίστοιχου ασφαλιστικού φορέα.	☐	☐	☐
3. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας.	☐	☐	
4. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης.	☐	☐	☐
5. Παράβολο 14.67 € από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	
6. Ατομικό βιβλιάριο υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 14 της Α1/β/8577/83 Υγειονομικής διάταξης όπως τροποποιήθηκε με την 8405/29-10-92 ΦΕΚ 665/92 τ.β. Υγειονομική διάταξη.	☐	☐	
7. Δύο (2) φωτογραφίες.	☐	☐	
8. Για τους αλλοδαπούς χρειάζεται άδεια εργασίας και παραμονής και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών πλην των προερχομένων από κράτη-μέλη της Ε.Ε. Για τους ομογενείς κάρτα ομογενούς ισχύος τριών ετών.	☐	☐	☐
8. Υπεύθυνη δήλωση 1599/86 (περιλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση) περί μονίμου κατοικίας.	☐	☐	
9. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97)			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Τα πιστοποιητικά των εργαζομένων ασφαλισμένων στο ΙΚΑ πρέπει να είναι θεωρημένα από τον επόπτη εργασίας. Τα πιστοποιητικά προϋπηρεσίας από την αλλοδαπή πρέπει να είναι θεωρημένα από την ελληνική προξενική αρχή του τόπου έκδοσής των.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο πτυχίου ΤΕΣ Β/θμιας Εκπαίδευσης ή ισότιμο της ημεδαπής ή αλλοδαπής, ειδικότητας Κομμώσεων και Βαφής Μαλλιών με ένα έτος προϋπηρεσία περιποίησης χεριών – ποδιών.	☐	☐	☐
2. Πιστοποίηση της προϋπηρεσίας, ανάλογα με την αιτούμενη άδεια ασκήσεως επαγγέλματος με αποδεικτικά στοιχεία του αντίστοιχου ασφαλιστικού φορέα.	☐	☐	☐
3. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας.	☐	☐	
4. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου γενικής χρήσης.	☐	☐	☐
5. Παράβολο 14.67 € από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	
6. Ατομικό βιβλιάριο υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 14 της Α1/β/8577/83 Υγειονομικής διάταξης όπως τροποποιήθηκε με την 8405/29-10-92 ΦΕΚ 665/92 τ.β. Υγειονομική διάταξη.	☐	☐	
7. Δύο (2) φωτογραφίες.	☐	☐	
8. Για τους αλλοδαπούς χρειάζεται άδεια εργασίας και παραμονής και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών πλην των προερχομένων από κράτη-μέλη της Ε.Ε. Για τους ομογενείς κάρτα ομογενούς ισχύος τριών ετών.	☐	☐	☐
8. Υπεύθυνη δήλωση 1599/86 (περιλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση) περί μονίμου κατοικίας.	☐	☐	
9. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97)			

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΟΥ ΚΟΥΡΕΑ - ΚΟΜΜΩΤΗ».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Τίτλος σπουδών **(για τους μη έχοντες τίτλο σπουδών προϋπηρεσία δύο (2) ετών).**	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
3. Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (Θεωρημένο)	□	□	
4. Δύο (2) φωτογραφίες	□	□	
5. Παράβολο 14, 67 €	□	□	
6. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας που να πιστοποιεί τον παραπάνω χρόνο εργασίας.	□	□	
7. Για τους αλλοδαπούς πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
8. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97)	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Τίτλος σπουδών **(για τους μη έχοντες τίτλο σπουδών προϋπηρεσία δύο (2) ετών).**	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
3. Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (Θεωρημένο)	□	□	
4. Δύο (2) φωτογραφίες	□	□	
5. Παράβολο 14, 67 €	□	□	
6. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας που να πιστοποιεί τον παραπάνω χρόνο εργασίας.	□	□	
7. Για τους αλλοδαπούς πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
8. Χασρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΟΥΡΕΑ».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Τετράμηνη υπηρεσία για τους κατόχους πτυχίου ΤΕΣ ειδικότητας κομμώσεων κλπ Ή τέσσερα (4) χρόνια προϋπηρεσία για τους μη έχοντες τίτλο σπουδών	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
3. Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (Θεωρημένο)	□	□	
4. Δύο (2) φωτογραφίες	□	□	
5. Παράβολο 14, 67 €	□	□	
6. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας.	□	□	
7. Για τους αλλοδαπούς πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
8. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97).	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Στην περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος δεν έχει πτυχίο ΤΕΣ με τετράμηνη υπηρεσία, τότε εξετάζεται ενώπιον επιτροπής και εφόσον είναι επιτυχής η εξέταση χορηγείται η αντίστοιχη με τα υποβληθέντα δικαιολογητικά άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη
Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία). Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος πρέπει να εξεταστεί ενώπιον επιτροπής ο χρόνος εξαρτάται από την ημερομηνία συγκρότησης της επιτροπής και διεξαγωγής της εξέτασης

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Τετράμηνη υπηρεσία για τους κατόχους πτυχίου ΤΕΣ ειδικότητας κομμώσεων κλπ Ή τέσσερα (4) χρόνια προϋπηρεσία για τους μη έχοντες τίτλο σπουδών	☐	☐	☐
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	☐	☐	☐
3. Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (Θεωρημένο)	☐	☐	
4. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
5. Παράβολο 14, 67 €	☐	☐	
6. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας.	☐	☐	
7. Για τους αλλοδαπούς πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	☐	☐	
8. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97).	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία). Σε περίπτωση που ο ενδιαφερόμενος πρέπει να εξεταστεί ενώπιον επιτροπής ο χρόνος εξαρτάται από την ημερομηνία συγκρότησης της επιτροπής και διεξαγωγής της εξέτασης

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΟΜΜΩΤΗ - ΚΟΜΜΩΤΡΙΑΣ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ένα (1) χρόνο προϋπηρεσία για τους κατόχους πτυχίου ΤΕΣ κλπ Ή επτά (7) χρόνια προϋπηρεσία για τους μη έχοντες αναγνωρισμένο τίτλο σπουδών (περιλαμβάνεται και η προϋπηρεσία για την απόκτηση αδειών βοηθού κουρέα – κομμωτή και κουρέα).	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
3. Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (Θεωρημένο)	□	□	
4. Δύο (2) φωτογραφίες	□	□	
5. Παράβολο 14, 67 €	□	□	
6. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας **που να πιστοποιεί το χρόνο εργασίας όπως περιγράφεται παραπάνω.**	□	□	
7. Για τους αλλοδαπούς πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
8. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97).	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Ο ενδιαφερόμενος εξετάζεται ενώπιον Επιτροπής και εφόσον η εξέταση είναι επιτυχής χορηγείται η αντίστοιχη με τα υποβληθέντα δικαιολογητικά άδεια ασκήσεως επαγγέλματος

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Ο χρόνος χορήγησης της άδειας εξαρτάται από την ημερομηνία σύστασης της Επιτροπής και διεξαγωγής της εξέτασης.

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

...........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ένα (1) χρόνο προϋπηρεσία για τους κατόχους ΤΕΣ κλπ ή επτά (7) χρόνια προϋπηρεσία για τους μη έχοντες αναγνωρισμένο τίτλο σπουδών (περιλαμβάνεται και η προϋπηρεσία για την απόκτηση αδειών βοηθού κουρέα – κομμωτή και κουρέα).	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
3. Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (Θεωρημένο)	□	□	
4. Δύο (2) φωτογραφίες	□	□	
5. Παράβολο 14, 67 €	□	□	
6. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας **που να πιστοποιεί το χρόνο εργασίας όπως περιγράφεται παραπάνω.**	□	□	
7. Για τους αλλοδαπούς πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
8. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97).	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Ο χρόνος χορήγησης της άδειας εξαρτάται από την ημερομηνία σύστασης της Επιτροπής και διεξαγωγής της εξέτασης.

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΟΜΜΩΤΗ – ΚΟΜΜΩΤΡΙΑΣ Α'».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Άδεια κομμωτή – κομμώτριας.	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
3. Προϋπηρεσία τέσσερα (4) χρόνια ως κομμωτής – κομμώτρια με εξαρτημένη ή μη εργασία.	□	□	
3. Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (Θεωρημένο)	□	□	
4. Δύο (2) φωτογραφίες	□	□	
5. Παράβολο 14, 67 €	□	□	
6. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας που να πιστοποιεί τον παραπάνω χρόνο εργασίας.	□	□	
7. Για τους αλλοδαπούς πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
8. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97)	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Ο ενδιαφερόμενος εξετάζεται ενώπιον επιτροπής και εφόσον η εξέταση είναι επιτυχής χορηγείται η αντίστοιχη με τα υποβληθέντα δικαιολογητικά άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη
Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Εξαρτάται από την ημερομηνία συγκρότησης της επιτροπής και διεξαγωγής της εξέτασης.

ΚΟΣΤΟΣ: 44,02 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Άδεια κομμωτή – κομμώτριας.	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
3. Προϋπηρεσία τέσσερα (4) χρόνια ως κομμωτής – κομμώτρια με εξαρτημένη ή μη εργασία.	□	□	
3. Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας (Θεωρημένο)	□	□	
4. Δύο (2) φωτογραφίες	□	□	
5. Παράβολο 14, 67 €	□	□	
6. Βεβαίωση του εργοδότη θεωρημένη από την οικεία επιθεώρηση εργασίας που να πιστοποιεί τον παραπάνω χρόνο εργασίας.	□	□	
7. Για τους αλλοδαπούς πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
8. Χαρτόσημο 29,35 € (άρθρο 18 παρ. ζ Ν. 2459/97, ΦΕΚ 17/Α'/97)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Εξαρτάται από την ημερομηνία συγκρότησης της επιτροπής και διεξαγωγής της εξέτασης.

ΚΟΣΤΟΣ: 14.67 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΜΑΙΑΣ Ή ΜΑΙΕΥΤΗ»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο πτυχίου (**Για πτυχιούχους εξωτερικού από μη Κράτη – Μέλη της Ε.Ε, αντίγραφο πτυχίου με επίσημη μετάφραση και αναγνώριση του πτυχίου ως ισότιμου από τα ΤΕΙ)**	□	□	□
2. Πιστοποιητικό ενιαυσίου πρακτικής άσκησης του άρθρου 7 του Ν.Δ. 2593/53	□	□	
3. Επικυρωμένη Φωτοτυπία ταυτότητας.	□	□	
4. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
5. Βεβαίωση εγγραφής στο ΣΕΜΑ.	□	□	
6. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7.63€.	□	□	
7. Δύο φωτογραφίες.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο πτυχίου (**Για πτυχιούχους εξωτερικού από μη Κράτη – Μέλη της Ε.Ε, αντίγραφο πτυχίου με επίσημη μετάφραση και αναγνώριση του πτυχίου ως ισότιμου από τα ΤΕΙ**)	☐	☐	☐
2. Πιστοποιητικό ενιαυσίου πρακτικής άσκησης του άρθρου 7 του Ν.Δ. 2593/53	☐	☐	
3. Επικυρωμένη Φωτοτυπία ταυτότητας.	☐	☐	
4. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	☐	☐	☐
5. Βεβαίωση εγγραφής στο ΣΕΜΑ.	☐	☐	
6. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7.63€.	☐	☐	
7. Δύο φωτογραφίες.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΠΟΥ ΕΛΑΒΕ ΠΤΥΧΙΟ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε.»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(4)
1. Αντίγραφο διπλώματος, πιστοποιητικού ή άλλου τίτλου από εκείνους που μνημονεύονται στο άρθρο 5 του Π. Δ. 40/86 (ΦΕΚ 14/Α/86) για την έκδοση του επαγγέλματος του νοσοκόμου υπεύθυνου για γενική περίθαλψη.	□	□	□
2. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή άλλο στοιχείο με ίδια ισχύ, εκδιδόμενο από την αρμόδια υπηρεσία του κράτους προέλευσης (με ημερομηνία έκδοσης όχι μεγαλύτερη του τριμήνου).	□	□	□
3. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/86 ότι ο υποψήφιος έχει την αναγκαία γνώση της Ελληνικής γλώσσας για την άσκηση του επαγγέλματος του Νοσηλευτή αναλαμβάνοντας γι΄ αυτό προσωπική ευθύνη.	□	□	
4. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7.63 € καθώς και δύο φωτογραφίες (πρόσφατης έκδοσης).	□	□	
5. Βεβαίωση της αρμόδιας αρχής του κράτους προέλευσης, ότι ο υποψήφιος έχει επιδοθεί πραγματικά και νόμιμα στις δραστηριότητες του νοσηλευτή γενικών καθηκόντων και για πόσο διάστημα, χωρίς να του αφαιρεθεί, στερηθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό και ότι δεν διώκεται ποινικά.	□	□	□
6. Για τους Υπηκόους των Κρατών – Μελών της ΕΕ απαιτείται άδεια διαμονής η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Ο/Η ενδιαφερόμενος θα πρέπει να συγκεντρώνει τις ελάχιστες προϋποθέσεις καταρτίσεως ή τους άλλους όρους που προβλέπονται από την οδηγία ΕΟΚ 77/453 της 27ης Ιουνίου 1977 για την απόκτηση διπλωμάτων, πιστοποιητικών ή άλλων τίτλων του νοσοκόμου για γενική περίθαλψη (επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας αρ. Ν. 176/8/15-7-77).

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(4)
1. Αντίγραφο διπλώματος, πιστοποιητικού ή άλλου τίτλου από εκείνους που μνημονεύονται στο άρθρο 5 του Π. Δ. 40/86 (ΦΕΚ 14/Α/86) για την έκδοση του επαγγέλματος του νοσοκόμου υπεύθυνου για γενική περίθαλψη.	☐	☐	☐
2. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή άλλο στοιχείο με ίδια ισχύ, εκδιδόμενο από την αρμόδια υπηρεσία του κράτους προέλευσης (με ημερομηνία έκδοσης όχι μεγαλύτερη του τριμήνου).	☐	☐	☐
3. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/86 ότι ο υποψήφιος έχει την αναγκαία γνώση της Ελληνικής γλώσσας για την άσκηση του επαγγέλματος του Νοσηλευτή αναλαμβάνοντας γι' αυτό προσωπική ευθύνη.	☐	☐	
4. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7.63 € καθώς και δύο φωτογραφίες (πρόσφατης έκδοσης).	☐	☐	
5. Βεβαίωση της αρμόδιας αρχής του κράτους προέλευσης, ότι ο υποψήφιος έχει επιδοθεί πραγματικά και νόμιμα στις δραστηριότητες του νοσηλευτή γενικών καθηκόντων και για πόσο διάστημα, χωρίς να του αφαιρεθεί, στερηθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό και ότι δεν διώκεται ποινικά.	☐	☐	☐
6. Για τους Υπηκόους των Κρατών – Μελών της ΕΕ απαιτείται άδεια διαμονής η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ Ή ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο πτυχίου (για πτυχιούχους του εξωτερικού πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε, αντίγραφο πτυχίου με επίσημη μετάφραση και αναγνώριση του πτυχίου ως ισότιμου από τα ΤΕΙ).	□	□	□
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.	□	□	
3. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	□	□	□
4. Βεβαίωση εγγραφής στο ΣΕΜΑ.	□	□	□
5. Παράβολο Δημοσίου Ταμείου 7,63 €	□	□	
6. Δύο (2) φωτογραφίες.	□	□	
7. **Για αλλοδαπούς, ομογενείς,** άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα.	□	□	
8. **Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας, πλην αυτών που προέρχονται από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε,** πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο πτυχίου (για πτυχιούχους του εξωτερικού πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε, αντίγραφο πτυχίου με επίσημη μετάφραση και αναγνώριση του πτυχίου ως ισότιμου από τα ΤΕΙ).	☐	☐	☐
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.	☐	☐	
3. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	☐	☐	☐
4. Βεβαίωση εγγραφής στο ΣΕΜΑ.	☐	☐	☐
5. Παράβολο Δημοσίου Ταμείου 7,63 €	☐	☐	
6. Δύο (2) φωτογραφίες.	☐	☐	
7. **Για αλλοδαπούς, ομογενείς**, άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα.	☐	☐	
8. **Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας, πλην αυτών που προέρχονται από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε**, πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. α) Πτυχίο επιπέδου 2 (ΤΕΕ Α' κύκλου σπουδών της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών» και δώδεκα (12) μήνες πρακτική άσκηση Ή **β)** Πτυχίο επιπέδου 3 (ΤΕΕ Β' κύκλου σπουδών) της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών» και έξι (6) μήνες πρακτική άσκηση. Ή **γ)** Αντίγραφο διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης των ανωτέρω ειδικοτήτων των ΙΕΚ και τριών (3) μηνών πρακτική άσκηση.	☐	☐	☐
2. Για πτυχιούχους του εξωτερικού, μη προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. αντίγραφο πτυχίου, με επίσημη μετάφραση από το Υπουργείο Εξωτερικών και αναγνώριση του πτυχίου τους από τον ΟΕΕΚ ως ισότιμου με τα ΙΕΚ ή τα ΤΕΕ Α' ή Β' κύκλου σπουδών.	☐	☐	
3. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης.	☐	☐	☐
4. Παράβολο 7,63 €.	☐	☐	
5. Δύο (2) φωτογραφίες και χαρτόσημο 2,93 €.	☐	☐	
6. Για ομογενείς και εφ' όσον δεν έχουν εγγραφεί στα μητρώα του Δήμου ή Κοινότητας, άδεια παραμονής και εργασίας.	☐	☐	
7. Για αλλοδαπούς άδεια εργασίας και παραμονής καθώς και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 10,56 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. α) Πτυχίο επιπέδου 2 (ΤΕΕ Α' κύκλου σπουδών της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών» και δώδεκα (12) μήνες πρακτική άσκηση **Ή β)** Πτυχίο επιπέδου 3 (ΤΕΕ Β' κύκλου σπουδών) της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών» και έξι (6) μήνες πρακτική άσκηση. **Ή γ)** Αντίγραφο διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης των ανωτέρω ειδικοτήτων των ΙΕΚ και τριών (3) μηνών πρακτική άσκηση.	□	□	□
2. Για πτυχιούχους του εξωτερικού, μη προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε. αντίγραφο πτυχίου, με επίσημη μετάφραση από το Υπουργείο Εξωτερικών και αναγνώριση του πτυχίου τους από τον ΟΕΕΚ ως ισότιμου με τα ΙΕΚ ή τα ΤΕΕ Α' ή Β' κύκλου σπουδών.	□	□	
3. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης.	□	□	□
4. Παράβολο 7,63 €.	□	□	
5. Δύο (2) φωτογραφίες και χαρτόσημο 2,93 €.	□	□	
6. Για ομογενείς και εφ' όσον δεν έχουν εγγραφεί στα μητρώα του Δήμου ή Κοινότητας, άδεια παραμονής και εργασίας.	□	□	
7. Για αλλοδαπούς άδεια εργασίας και παραμονής καθώς και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 10,56 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΟΔΟΝΤΟΤΕΧΝΙΤΗ».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Α. Για κατόχους τίτλου σπουδών ΤΕΙ:			
1. Αντίγραφο πτυχίου ΤΕΙ ή ισότιμο πτυχίο σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, ειδικότητας οδοντοτεχνίτη.	☐	☐	☐
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	☐	☐	☐
3. Δύο (2) φωτογραφίες για την άδεια	☐	☐	
4. Παράβολο 7,63 €	☐	☐	
5. Επικυρωμένο αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή επίδειξη αστυνομικής ταυτότητας.	☐	☐	
Β. Για κατόχους τίτλου σπουδών, πτυχίου Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου ή ισότιμο πτυχίο σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ειδικότητας οδοντοτεχνίτη, καθώς και στους κατόχους πτυχίου Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής (νέου τύπου) διάρκειας δύο ετών, ειδικότητας οδοντοτεχνίτη, απαιτείται:			
1. Όλα τα ανωτέρω της περίπτωσης Α και επιπλέον:			
2. Πιστοποιητικό ΙΚΑ (ασφαλιστικό βιβλιάριο) ή πιστοποιητικό αντίστοιχου φορέα άλλης χώρας, εφόσον η πρακτική άσκηση έχει γίνει στην αλλοδαπή.	☐	☐	
3. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 για το χρονικό διάστημα πρακτικής άσκησης του ενδιαφερομένου.	☐	☐	
4. Άδεια άσκησης επαγγέλματος οδοντοτεχνίτη του εργοδότη του.	☐	☐	☐
5. Άδεια ιδρύσεως και λειτουργίας οδοντοτεχνικού εργαστηρίου του εργοδότη του.	☐	☐	☐
6. Βεβαίωση της αρμόδιας Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για επιτυχή εξέτασή του, από την εξεταστική επιτροπή της παρ. 3 του άρθρου 1 του Ν. 1666/86	☐	☐	☐
7. Για τους **αλλοδαπούς** απαιτείται πιστοποιητικό αμοιβαιότητας του Υπουργείου Εξωτερικών και άδεια παραμονής και εργασίας	☐	☐	
8. **Για τους υπηκόους Κρατών – Μελών της Ε.Ε.** απαιτείται άδεια διαμονής η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.	☐	☐	
9. **Για τους ομογενείς εξ' Αλβανίας** απαιτείται Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς (ΕΔΤΟ)	☐	☐	
10. **Για τους λοιπούς ομογενείς από Κύπρο και Τουρκία** απαιτείται Δελτίο Ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/91 και της παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 4310/92.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α. Για κατόχους τίτλου σπουδών ΤΕΙ:			
1. Αντίγραφο πτυχίου ΤΕΙ ή ισότιμο πτυχίο σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, ειδικότητας οδοντοτεχνίτη.	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης	□	□	□
3. Δύο (2) φωτογραφίες για την άδεια	□	□	
4. Παράβολο 7,63 €	□	□	
5. Επικυρωμένο αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας ή επίδειξη αστυνομικής ταυτότητας.	□	□	
Β. Για κατόχους τίτλου σπουδών, πτυχίου Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου ή ισότιμο πτυχίο σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ειδικότητας οδοντοτεχνίτη, καθώς και στους κατόχους πτυχίου Τεχνικής Επαγγελματικής Σχολής (νέου τύπου) διάρκειας δύο ετών, ειδικότητας οδοντοτεχνίτη, απαιτείται:			
1. Όλα τα ανωτέρω της περίπτωσης Α και επιπλέον:			
2. Πιστοποιητικό ΙΚΑ (ασφαλιστικό βιβλιάριο) ή πιστοποιητικό αντίστοιχου φορέα άλλης χώρας, εφόσον η πρακτική άσκηση έχει γίνει στην αλλοδαπή.	□	□	
3. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 για το χρονικό διάστημα πρακτικής άσκησης του ενδιαφερομένου.	□	□	
4. Άδεια άσκησης επαγγέλματος οδοντοτεχνίτη του εργοδότη του.	□	□	□
5. Άδεια ιδρύσεως και λειτουργίας οδοντοτεχνικού εργαστηρίου του εργοδότη του.	□	□	□
6. Βεβαίωση της αρμόδιας Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για επιτυχή εξέταση του, από την εξεταστική επιτροπή της παρ. 3 του άρθρου 1 του Ν. 1666/86	□	□	□
7. Για τους αλλοδαπούς απαιτείται πιστοποιητικό αμοιβαιότητας του Υπουργείου Εξωτερικών και άδεια παραμονής και εργασίας	□	□	
8. Για τους υπηκόους Κρατών – Μελών της Ε.Ε. απαιτείται άδεια διαμονής η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.	□	□	
9. Για τους ομογενείς εξ' Αλβανίας απαιτείται Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς (ΕΔΤΟ)	□	□	
10. Για τους λοιπούς ομογενείς από Κύπρο και Τουρκία απαιτείται Δελτίο Ταυτότητας σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ν. 1975/91 και της παρ. 2 του άρθρου 36 του Ν. 4310/92.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)
(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΚΔΟΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΟΠΤΙΚΟΥ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο πτυχίου ή τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικών (προκειμένου περί πτυχιούχων Εξωτερικού και απόφαση αναγνώρισης ισοτιμίας πτυχίου του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων).	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού μητρώου Γενικής Χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	□	□	□
3. Δύο (2) φωτογραφίες.	□	□	
4. Παράβολο χαρτοσήμου 29.35 € από Δ.Ο.Υ.	□	□	
5. Παράβολο 7.63 € από Δ.Ο.Υ.	□	□	
6. Για τους αλλοδαπούς άδεια παραμονής και εργασίας ή πράσινη κάρτα και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών πλην των χωρών – μελών της Ε.Ε. για τους οποίους απαιτείται άδεια διαμονής, η οποία εκδίδεται από το Υπ. Δημόσιας Τάξης. **Για τους ομογενείς εξ Αλβανίας** απαιτείται Ειδ. Δελτίο Ταυτότητας Ομογενών. **Για τους λοιπούς ομογενείς από Κύπρο και Τουρκία** απαιτείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το αρθ. 17 του Ν. 1975/91 και της παρ.2 του αρθ.36 του Ν. 4310/92.	□	□	□
7. Επικυρωμένη φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: € 36,98

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο πτυχίου ή τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικών (προκειμένου περί πτυχιούχων Εξωτερικού και απόφαση αναγνώρισης ισοτιμίας πτυχίου του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων).	□	□	□
2. Αντίγραφο Ποινικού μητρώου Γενικής Χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	□	□	□
3. Δύο (2) φωτογραφίες.	□	□	
4. Παράβολο χαρτοσήμου 29.35 € από Δ.Ο.Υ.	□	□	
5. Παράβολο 7.63 € από Δ.Ο.Υ.	□	□	
6. Για τους αλλοδαπούς άδεια παραμονής και εργασίας ή πράσινη κάρτα και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών πλην των χωρών – μελών της Ε.Ε. για τους οποίους απαιτείται άδεια διαμονής, η οποία εκδίδεται από το Υπ. Δημόσιας Τάξης. **Για τους ομογενείς εξ Αλβανίας** απαιτείται Ειδ. Δελτίο Ταυτότητας Ομογενών. **Για τους λοιπούς ομογενείς από Κύπρο και Τουρκία** απαιτείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το αρθ. 17 του Ν. 1975/91 και της παρ.2 του αρθ.36 του Ν. 4310/92.	□	□	□
7. Επικυρωμένη φωτοτυπία δελτίου ταυτότητας.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: € 36,98

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΥ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Α. ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ			
1. Αντίγραφο πτυχίου.	☐	☐	☐
2. Ένορκες βεβαιώσεις, επικυρωμένες από την οικεία Δ/νση ή τμήμα Υγιεινής της έδρας του Φαρμακείου στις οποίες θα πιστοποιείται αναλυτικά το χρονικό διάστημα της ασκήσεως και η επί εξάωρο καθημερινή άσκηση.	☐	☐	
3. Γραμμάτιο 11.74 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων (Ακαδημίας 40).	☐	☐	
4. Τετράδιο πρακτικής άσκησης θεωρημένο προ της ενάρξεως της ασκήσεως.	☐	☐	
Β. ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ			
1. Βεβαίωση αναγνωρίσεως του πτυχίου από το Διαπανεπιστημιακό Κέντρο Αναγνωρίσεως Τίτλων Σπουδών Αλλοδαπής (ΔΙΚΑΤΣΑ).	☐	☐	
2. Πιστοποιητικό διετούς ασκήσεως σε Φαρμακείο της ημεδαπής ή αλλοδαπής στο οποίο θα αναγράφεται αναλυτικά ο χρόνος ασκήσεως, θα φέρει υπογραφή του ασκούμενου φαρμακοποιού θεωρημένη από τον Πρόεδρο του οικείου Φαρμακευτικού συλλόγου, της Οικείας Νομαρχίας και του Έλληνα Προξένου, και επίσημη μετάφραση.	☐	☐	
3. Γραμμάτιο 11.74 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων (Ακαδημίας 40).	☐	☐	
4. Διαβατήριο (επίδειξη).	☐	☐	
5. Οι ομογενείς φαρμακοποιοί οι οποίοι δεν έχουν εγγραφεί στα Μητρώα Δήμου ή Κοινότητας προκειμένου να λάβουν άδεια άσκησης της Φαρμακευτικής στην Ελλάδα, να έχουν άδεια εργασίας και παραμονής στη χώρα μας. Συγκεκριμένα σε ομογενείς από Κύπρο, Τουρκία και Β. Ήπειρο (Αλβανία) χορηγείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το Ν. 1975/91 αρ.17. σε συνδυασμό με το αρ. 36 παρ. 2. & το Ν. 4310/29 το οποίο υπέχει θέση άδειας παραμονής στη χώρα. Ειδικά για τους ομογενείς από Αλβανία χρειάζεται Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς (Ε.Δ.Τ.Ο.) τριετούς ισχύος.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 11,74 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
Α. ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ			
1. Αντίγραφο πτυχίου.	□	□	□
2. Ένορκες βεβαιώσεις, επικυρωμένες από την οικεία Δ/νση ή τμήμα Υγιεινής της έδρας του Φαρμακείου στις οποίες θα πιστοποιείται αναλυτικά το χρονικό διάστημα της ασκήσεως και η επί εξάωρο καθημερινή άσκηση.	□	□	
3. Γραμμάτιο 11.74 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων (Ακαδημίας 40).	□	□	
4. Τετράδιο πρακτικής άσκησης θεωρημένο προ της ενάρξεως της ασκήσεως.	□	□	
Β. ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ			
1. Βεβαίωση αναγνωρίσεως του πτυχίου από το Διαπανεπιστημιακό Κέντρο Αναγνωρίσεως Τίτλων Σπουδών Αλλοδαπής (ΔΙΚΑΤΣΑ).	□	□	
2. Πιστοποιητικό διετούς ασκήσεως σε Φαρμακείο της ημεδαπής ή αλλοδαπής στο οποίο θα αναγράφεται αναλυτικά ο χρόνος ασκήσεως, θα φέρει υπογραφή του ασκούμενου φαρμακοποιού θεωρημένη από τον Πρόεδρο του οικείου Φαρμακευτικού συλλόγου, της Οικείας Νομαρχίας και του Έλληνα Προξένου, και επίσημη μετάφραση.	□	□	
3. Γραμμάτιο 11.74 € του Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων (Ακαδημίας 40).	□	□	
4. Διαβατήριο (επίδειξη).	□	□	
5. Οι ομογενείς φαρμακοποιοί οι οποίοι δεν έχουν εγγραφεί στα Μητρώα Δήμου ή Κοινότητας προκειμένου να λάβουν άδεια άσκησης της Φαρμακευτικής στην Ελλάδα, να έχουν άδεια εργασίας και παραμονής στη χώρα μας. Συγκεκριμένα σε ομογενείς από Κύπρο, Τουρκία και Β. Ήπειρο (Αλβανία) χορηγείται δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το Ν. 1975/91 αρ.17 σε συνδυασμό με το αρ. 36 παρ. 2. & το Ν. 4310/29 το οποίο υπέχει θέση άδειας παραμονής στη χώρα. Ειδικά για τους ομογενείς από Αλβανία χρειάζεται Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενούς (Ε.Δ.Τ.Ο.) τριετούς ισχύος.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 11,74 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)
(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο πτυχίου Σχολής (Για πτυχιούχους του Εξωτερικού, φωτοτυπία διπλώματος και επίσης μετάφραση επικυρωμένη από το Υπουργείο Εξωτερικών καθώς και αναγνώριση του πτυχίου).	□	□	□
2. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	□	□	□
3. Παράβολο **7.63 €** από Δ.Ο.Υ.	□	□	
4. Δύο (2) φωτογραφίες.	□	□	
5. Παράβολο χαρτοσήμου **29.35 €** από Δ.Ο.Υ.	□	□	
6. Φωτοτυπία ταυτότητας επικυρωμένη.	□	□	□
7. Για αλλοδαπούς απαιτείται άδεια παραμονής και εργασίας ως επίσης και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών. **Για τους υπηκόους των κρατών-μελών της Ε.Ε.** απαιτείται άδεια διαμονής, η οποία εκδίδεται από το Υπ. Δημ. Τάξης. **Για ομογενείς εξ Αλβανίας** απαιτείται το Ε.Δ.Τ.Ο. (Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενών). **Για τους λοιπούς ομογενείς από την Κύπρο και την Τουρκία** Δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το άρθ. 17 του Ν. 1975/91 & της παρ. 2 του άρθ. 36 του Ν. 4310/92.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: € 36,98

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο πτυχίου Σχολής (Για πτυχιούχους του Εξωτερικού, φωτοτυπία διπλώματος και επίσης μετάφραση επικυρωμένη από το Υπουργείο Εξωτερικών καθώς και αναγνώριση του πτυχίου).	☐	☐	☐
2. Αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	☐	☐	☐
3. Παράβολο **7.63 €** από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	
4. Δύο (2) φωτογραφίες.	☐	☐	
5. Παράβολο χαρτοσήμου **29.35 €** από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	
6. Φωτοτυπία ταυτότητας επικυρωμένη.	☐	☐	☐
7. Για αλλοδαπούς απαιτείται άδεια παραμονής και εργασίας ως επίσης και πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών. **Για τους υπηκόους των κρατών-μελών της Ε.Ε.** απαιτείται άδεια διαμονής, η οποία εκδίδεται από το Υπ. Δημ. Τάξης. **Για ομογενείς εξ Αλβανίας** απαιτείται το Ε.Δ.Τ.Ο. (Ειδικό Δελτίο Ταυτότητας Ομογενών). **Για τους λοιπούς ομογενείς από την Κύπρο και την Τουρκία** Δελτίο ταυτότητας σύμφωνα με το άρθ. 17 του Ν. 1975/91 & της παρ. 2 του άρθ. 36 του Ν. 4310/92.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: € 36,98

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΟΔΗΓΙΑ 89/48 ΤΗΣ ΕΟΚ»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοτυπία επικυρωμένη της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.	☐	☐	
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος από τη χώρα προέλευσης ή βεβαίωση ότι το πτυχίο ή δίπλωμα επέχει θέση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.	☐	☐	☐
3. Αντίγραφο πτυχίου ή δίπλωμα ή σύνολο διπλωμάτων τριετούς τουλάχιστον εκπαίδευσης σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα της οικείας σχολής.	☐	☐	☐
4. Βεβαίωση από αρμόδια αρχή ότι η σχολή είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ότι η πρόσβαση στη σχολή απαιτεί την περάτωση των σπουδών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.	☐	☐	☐
5. Απολυτήριο Λυκείου ή άλλης δευτεροβάθμιας σχολής ή ισότιμου σχολής της αλλοδαπής.	☐	☐	☐
6. Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών.	☐	☐	☐
7. Σε όσους έχουν ασκήσει το επάγγελμα στη χώρα προέλευσης απαιτείται η προσκόμιση σχετικού πιστοποιητικού της αρμόδιας αρχής ότι ασκούν νόμιμα το επάγγελμα για πόσο χρόνο και ότι δεν του έχει αφαιρεθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό.	☐	☐	☐
8. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή αντίγραφο έγγραφου ήθους και εντιμότητας της χώρας προέλευσης.	☐	☐	☐
9. Αν υπάρχει πρακτική άσκηση, σχετικά πιστοποιητικά από τα οποία να αποδεικνύεται.	☐	☐	☐
10. Υπεύθυνη δήλωση εάν έχει ασκήσει επάγγελμα, που και για πόσο χρόνο αποδεικνύεται.	☐	☐	
11. Πιστοποιητικό στρατολογίας για τους άνδρες.	☐	☐	☐
12. Πιστοποιητικό υγείας.	☐	☐	
13. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7.63 € και παράβολο χαρτοσήμου 29.35 € από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 36.98 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Φωτοτυπία επικυρωμένη της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου.	☐	☐	
2. Άδεια άσκησης επαγγέλματος από τη χώρα προέλευσης ή βεβαίωση ότι το πτυχίο ή δίπλωμα επέχει θέση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος.	☐	☐	☐
3. Αντίγραφο πτυχίου ή δίπλωμα ή σύνολο διπλωμάτων τριετούς τουλάχιστον εκπαίδευσης σε πρωτότυπα ή επίσημα αντίγραφα της οικείας σχολής.	☐	☐	☐
4. Βεβαίωση από αρμόδια αρχή ότι η σχολή είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ότι η πρόσβαση στη σχολή απαιτεί την περάτωση των σπουδών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.	☐	☐	☐
5. Απολυτήριο Λυκείου ή άλλης δευτεροβάθμιας σχολής ή ισότιμου σχολής της αλλοδαπής.	☐	☐	☐
6. Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών.	☐	☐	☐
7. Σε όσους έχουν ασκήσει το επάγγελμα στη χώρα προέλευσης απαιτείται η προσκόμιση σχετικού πιστοποιητικού της αρμόδιας αρχής ότι ασκούν νόμιμα το επάγγελμα για πόσο χρόνο και ότι δεν του έχει αφαιρεθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό.	☐	☐	☐
8. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή αντίγραφο έγγραφου ήθους και εντιμότητας της χώρας προέλευσης.	☐	☐	☐
9. Αν υπάρχει πρακτική άσκηση, σχετικά πιστοποιητικά από τα οποία να αποδεικνύεται.	☐	☐	☐
10. Υπεύθυνη δήλωση εάν έχει ασκήσει επάγγελμα, που και για πόσο χρόνο αποδεικνύεται.	☐	☐	
11. Πιστοποιητικό στρατολογίας για τους άνδρες.	☐	☐	☐
12. Πιστοποιητικό υγείας.	☐	☐	
13. Παράβολο Δ.Ο.Υ. 7.63 € και παράβολο χαρτοσήμου 29.35 € από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 36,98 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βεβαίωση της πολεοδομίας για τη νομιμότητα του κτίσματος.	□	□	□
2. Κανονισμός πολυκατοικίας στον οποίο φαίνεται ότι ο χώρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως χώρος παροχής τέτοιων υπηρεσιών.	□	□	
3. Βεβαίωση των μηχανημάτων για την καταλληλότητά τους σύμφωνα με τις οδηγίες της Ε.Ε.	□	□	
4. Σχεδιάγραμμα κάτοψης των χώρων από πολιτικό μηχανικό ή αρχιτέκτονα μέλος του Τ.Ε.Ε. σε δύο αντίτυπα.	□	□	
5. Βεβαίωση πυροσβεστικής υπηρεσίας για την πυρασφάλεια.	□	□	□
6. Κατάσταση με τα ονόματα των υπευθύνων καθώς και επικυρωμένα φωτοαντίγραφα αδειών ασκήσεως επαγγέλματος ή πτυχίων τους, φωτοτυπίες βιβλιαρίων υγείας, ποινικό μητρώο, φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας.	□	□	
7. Για εταιρείες, καταστατικό της εταιρείας και απόφαση του Δ.Σ. για τη νόμιμη εκπροσώπησή του καθώς και αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης θαυτού.	□	□	□
8. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 από αδειούχο ηλεκτρολόγο, ο οποίος έχει ανάλογο προς την εγκατεστημένη ισχύ άδεια για τους όρους εγκατάστασης και λειτουργίας των μηχανημάτων ώστε να διασφαλίζεται η υγεία και ακεραιότητα των πελατών.	□	□	
9. Παράβολο δημοσίου ταμείου 146,74 €.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..   □ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.   □ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..   □ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146,74 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βεβαίωση της πολεοδομίας για τη νομιμότητα του κτίσματος.	□	□	□
2. Κανονισμός πολυκατοικίας στον οποίο φαίνεται ότι ο χώρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως χώρος παροχής τέτοιων υπηρεσιών.	□	□	
3. Βεβαίωση των μηχανημάτων για την καταλληλότητά τους σύμφωνα με τις οδηγίες της Ε.Ε.	□	□	
4. Σχεδιάγραμμα κάτοψης των χώρων από πολιτικό μηχανικό ή αρχιτέκτονα μέλος του Τ.Ε.Ε. σε δύο αντίτυπα.	□	□	
5. Βεβαίωση πυροσβεστικής υπηρεσίας για την πυρασφάλεια.	□	□	□
6. Κατάσταση με τα ονόματα των υπευθύνων καθώς και επικυρωμένα φωτοαντίγραφα αδειών ασκήσεως επαγγέλματος ή πτυχίων τους, φωτοτυπίες βιβλιαρίων υγείας, ποινικό μητρώο, φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας.	□	□	
7. Για εταιρείες, καταστατικό της εταιρείας και απόφαση του Δ.Σ. για τη νόμιμη εκπροσώπησή του καθώς και αντίγραφο ποινικού μητρώου γενικής χρήσης θαυτού.	□	□	□
8. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 από αδειούχο ηλεκτρολόγο, ο οποίος έχει ανάλογο προς την εγκατεστημένη ισχύ άδεια για τους όρους εγκατάστασης και λειτουργίας των μηχανημάτων ώστε να διασφαλίζεται η υγεία και ακεραιότητα των πελατών.	□	□	
9. Παράβολο δημοσίου ταμείου 146,74 €.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 146,74 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ: *(Νομικά Πρόσωπα ή Ενώσεις Προσώπων)

Α.Φ.Μ:		ΕΠΩΝΥΜΙΑ:			
ΑΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:		ΗΜ. ΕΠΙΚΥΡ. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΥ:			
ΑΡ. & ΕΤΟΣ ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ:					
ΕΔΡΑ / ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘΜ:		ΤΚ:	
ΔΗΜΟΣ/ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ:		ΝΟΜΟΣ:			
ΤΗΛΕΦΩΝΟ:		FAX:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πτυχίο φυσικοθεραπείας και για τους έχοντες αποφοιτήσει από Σχολή της αλλοδαπής ισότιμο πτυχίου Τ.Ε.Ι.	□	□	□
2. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος φυσιοθεραπευτή.	□	□	□
3. Πιστοποιητικό εγγραφής στον οικείο σύλλογο.	□	□	□
4. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης.	□	□	□
5. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας.	□	□	
6. Σχεδιάγραμμα εργαστηρίου από Πολ/κό Μηχανικό Μέλος ΤΕΕ θεωρημένο από τη Δ/νση Τεχνικών Υπηρεσιών του νομού όπου θα λειτουργήσει το Εργαστήριο.	□	□	
7. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *.	□	□	
8. Παράβολο 58,69 € από Δ.Ο.Υ.	□	□	
9. Βεβαίωση αρμόδιας πολεοδομίας για την καταλληλότητα του κτιρίου για ίδρυση Εργαστηρίου και για ασφαλή προσπέλαση και διαφυγή σε περίπτωση κινδύνου.	□	□	□
10. Βεβαίωση Ηλεκτρολόγου Μηχανολόγου για τις ηλεκτρολογικές μηχανολογικές εγκαταστάσεις θεωρημένη από την πολεοδομία. Η βεβαίωση εκδίδεται από την πολεοδομία αφού της αποσταλεί υπηρεσιακά ο φάκελος με τα απαραίτητα στοιχεία.	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Α) Στην Υ.Δ. του ν. 1599/1986 δηλώνεται ότι : « το Εργαστήριο έχει τον εξοπλισμό που ορίζεται από το αρ. 2 παρ. β. (Π.Δ. 29/87) ».
Κατάλληλος εξοπλισμός θεωρείται : Δύο τράπεζες θεραπείας ασθενών, πολύζυγο, τροχός ώμου, ποδήλατο στατικό, ηλεκτροκίνητη έλξη, αυχενική και οσφυική μοίρα σπονδυλικής στήλης, συσκευή ηλεκτροθεραπείας γαλβανικών, φαραδικών και διαδυναμικών ρευμάτων, συσκευή υπεριωδών και υπερύθρων ακτινών, συσκευή διαθερμίας, συσκευή υπερήχων, δινόλουτρο, παραφινόλουτρο, συσκευή ηλεκτρομαλάξεων, μηχάνημα πρηνισμού, υπτιασμού άκρας χειρός και περιστροφής καρπού, θερμά και ψυχρά επιθέματα.

Β) Ο χώρος του Εργαστηρίου θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 70 τ.μ. εμβαδόν και να διαρρυθμιστεί ώστε να περιλαμβάνει α) Δωμάτιο αναμονής ασθενών, β) Τουαλέτα με προθάλαμο, γ) Χώρους θεραπείας ασθενών. Οι χώροι θεραπείας να είναι κατάλληλα διαρρυθμισμένοι ώστε να περιλαμβάνουν ξεχωριστούς χώρους ηλεκτροθεραπείας, μηχανοθεραπείας και υδροθεραπείας.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας.
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 58,69 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πτυχίο φυσικοθεραπείας και για τους έχοντες αποφοιτήσει από Σχολή της αλλοδαπής ισότιμο πτυχίου Τ.Ε.Ι.	☐	☐	☐
2. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος φυσιοθεραπευτή.	☐	☐	☐
3. Πιστοποιητικό εγγραφής στον οικείο σύλλογο.	☐	☐	☐
4. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης.	☐	☐	☐
5. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας.	☐	☐	
6. Σχεδιάγραμμα εργαστηρίου από Πολ/κό Μηχανικό Μέλος ΤΕΕ θεωρημένο από τη Δ/νση Τεχνικών Υπηρεσιών του νομού όπου θα λειτουργήσει το Εργαστήριο.	☐	☐	
7. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *.	☐	☐	
8. Παράβολο 58,69 € από Δ.Ο.Υ.	☐	☐	
9. Βεβαίωση αρμόδιας πολεοδομίας για την καταλληλότητα του κτιρίου για ίδρυση Εργαστηρίου και για ασφαλή προσπέλαση και διαφυγή σε περίπτωση κινδύνου.	☐	☐	☐
10. Βεβαίωση Ηλεκτρολόγου Μηχανολόγου για τις ηλεκτρολογικές μηχανολογικές εγκαταστάσεις θεωρημένη από την πολεοδομία. Η βεβαίωση εκδίδεται από την πολεοδομία αφού της αποσταλεί υπηρεσιακά ο φάκελος με τα απαραίτητα στοιχεία.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).
ΚΟΣΤΟΣ: 58,69 €
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ (ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ) ΑΠΟ ΠΟΛΗ ΣΕ ΠΟΛΗ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου Νοσηλείας Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αναλυτική κατάσταση εξόδων εις διπλούν.	□	□	
2. Τιμολόγιο ή απόδειξη πληρωμής του ιδιοκτήτη του μεταφορικού μέσου (εφόσον χρησιμοποιήθηκε) ή εξοφλητική απόδειξη του πρακτορείου, στην οποία πρέπει να επισυνάπτονται και τα αποκόμματα των εισιτηρίων, εφόσον χρησιμοποιήθηκαν τα κοινά μεταφορικά μέσα.	□	□	
3. Βεβαίωση του Νοσοκομείου ή κλινικής από την οποία θα προκύπτει η εισαγωγή του ασθενή και η νοσηλεία.	□	□	□
4. Γνωμάτευση της αρμόδιας Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής στην οποία πρέπει απαραίτητα να αιτιολογείται η ανάγκη μεταφοράς του ασθενή, η χρησιμοποίηση συνοδού, εφόσον απαιτείται και η χρησιμοποίηση μισθωμένου μεταφορικού μέσου εφόσον αυτό επιβάλλεται.	□	□	
Για έξοδα μετακίνησης *μέσα στην ίδια πόλη σε χρόνιους νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση:*			
1. Κατάσταση πληρωμής σε δύο αντίτυπα.	□	□	
2. Εγκριτική επιστολή του βιβλιαρίου ασθενείας, στην οποία θα αναγράφεται ο αριθμός των μετακινήσεων που θα συμπίπτει με τον αριθμό των εγκρινομένων αιμοκαθάρσεων.	□	□	
3. Βεβαίωση της κλινικής στην οποία θα βεβαιώνεται ο αριθμός των αιμοκαθάρσεων που έγιναν. Η βεβαίωση αυτή θα πρέπει να υπογράφεται από τον υπεύθυνο για τις αιμοκαθάρσεις γιατρό της κλινικής.	□	□	□
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αναλυτική κατάσταση εξόδων εις διπλούν.	☐	☐	☐
2. Τιμολόγιο ή απόδειξη πληρωμής του ιδιοκτήτη του μεταφορικού μέσου (εφόσον χρησιμοποιήθηκε) ή εξοφλητική απόδειξη του πρακτορείου, στην οποία πρέπει να επισυνάπτονται και τα αποκόμματα των εισιτηρίων, εφόσον χρησιμοποιήθηκαν τα κοινά μεταφορικά μέσα.	☐	☐	☐
3. Βεβαίωση του Νοσοκομείου ή κλινικής από την οποία θα προκύπτει η εισαγωγή του ασθενή και η νοσηλεία.	☐	☐	☐
4. Γνωμάτευση της αρμόδιας Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής στην οποία πρέπει απαραίτητα να αιτιολογείται η ανάγκη μεταφοράς του ασθενή, η χρησιμοποίηση συνοδού, εφόσον απαιτείται και η χρησιμοποίηση μισθωμένου μεταφορικού μέσου εφόσον αυτό επιβάλλεται.	☐	☐	☐
Για έξοδα μετακίνησης *μέσα στην ίδια πόλη σε χρόνιους νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση:*			
1. Κατάσταση πληρωμής σε δύο αντίτυπα.	☐	☐	☐
2.Εγκριτική επιστολή του βιβλιαρίου ασθενείας, στην οποία θα αναγράφεται ο αριθμός των μετακινήσεων που θα συμπίπτει με τον αριθμό των εγκρινομένων αιμοκαθάρσεων.	☐	☐	☐
3. Βεβαίωση της κλινικής στην οποία θα βεβαιώνεται ο αριθμός των αιμοκαθάρσεων που έγιναν. Η βεβαίωση αυτή θα πρέπει να υπογράφεται από τον υπεύθυνο για τις αιμοκαθάρσεις γιατρό της κλινικής.	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος: «ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΟΔΟΝΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου Νοσηλείας Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την ΥπηΠρεσία		

*Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Εντολή βιβλιαρίου νοσηλείας (συνταγολόγιο) Για ποσό άνω των € 44 απαιτείται αρχική έγκριση (προέγκριση) και τελική έγκριση μετα το πέρας των εργασιών. Για ποσό κάτω των € 44 (για μια μόνο φορά το χρόνο) δεν απαιτείται αρχικός έλεγχος. Για οδοντοπροσθετικές εργασίες απαιτείται αρχική και τελική έγκριση ανεξαρτήτως ποσού.	☐	☐	
2. Απόδειξη παροχής υπηρεσιών.	☐	☐	
3. Αναλυτική κατάσταση εξόδων εις διπλούν.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Εντολή βιβλιαρίου νοσηλείας (συνταγολόγιο) Για ποσό άνω των € 44 απαιτείται αρχική έγκριση (προέγκριση) και τελική έγκριση μετα το πέρας των εργασιών. Για ποσό κάτω των € 44 (για μια μόνο φορά το χρόνο) δεν απαιτείται αρχικός έλεγχος. Για οδοντοπροσθετικές εργασίες απαιτείται αρχική και τελική έγκριση ανεξαρτήτως ποσού.	☐	☐	
2. Απόδειξη παροχής υπηρεσιών.	☐	☐	
3. Αναλυτική κατάσταση εξόδων εις διπλούν.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΑΣ (ΜΟΝΟ ΝΥΚΤΟΣ)-ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Βιβλιαρίου Νοσηλείας Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:				ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αναλυτική κατάσταση εξόδων.	☐	☐	
2. Βεβαίωση γιατρού Διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή του νόμιμου αναπληρωτή του (βεβαιουμένού από τη γραμματεία) ότι έχει ανάγκη αποκλειστικής για .... αριθμό νυκτών.	☐	☐	☐
3. Απόδειξη αποκλειστικής νοσοκόμας θεωρημένης για τη γνησιότητα της υπογραφής της και την χρησιμοποίησή της από τη Δ/νουσα αδελφή του νοσοκομείου, θέτοντας και την επίσημη σφραγίδα του νοσοκομείου.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αναλυτική κατάσταση εξόδων.	□	□	
2. Βεβαίωση γιατρού Διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή του νόμιμου αναπληρωτή του (βεβαιουμένου από τη γραμματεία) ότι έχει ανάγκη αποκλειστικής για .... αριθμό νυκτών.	□	□	□
3. Απόδειξη αποκλειστικής νοσοκόμας θεωρημένης για τη γνησιότητα της υπογραφής της και την χρησιμοποίησή της από τη Δ/νουσα αδελφή του νοσοκομείου, θέτοντας και την επίσημη σφραγίδα του νοσοκομείου.	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑΣ Ή ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ ΥΓΕΙΑΣ»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο πτυχίου (για πτυχιούχους του εξωτερικού πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε, αντίγραφο πτυχίου με επίσημη μετάφραση και αναγνώριση του πτυχίου ως ισότιμου από τα ΤΕΙ).	□	□	□
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.	□	□	
3. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	□	□	□
4. Βεβαίωση εγγραφής στο ΣΕΜΑ.	□	□	□
5. Παράβολο Δημοσίου Ταμείου 7,63 €	□	□	
6. Δύο (2) φωτογραφίες.	□	□	
7. **Για αλλοδαπούς, ομογενείς,** άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα.	□	□	
8. **Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας, πλην αυτών που προέρχονται από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε,** πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20.............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο πτυχίου (για πτυχιούχους του εξωτερικού πλην των προερχόμενων από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε, αντίγραφο πτυχίου με επίσημη μετάφραση και αναγνώριση του πτυχίου ως ισότιμου από τα ΤΕΙ).	☐	☐	☐
2. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας.	☐	☐	
3. Αντίγραφο Ποινικού Μητρώου Γενικής Χρήσης (τρίμηνης ισχύος).	☐	☐	☐
4. Βεβαίωση εγγραφής στο ΣΕΜΑ.	☐	☐	☐
5. Παράβολο Δημοσίου Ταμείου 7,63 €	☐	☐	
6. Δύο (2) φωτογραφίες.	☐	☐	
7. **Για αλλοδαπούς, ομογενείς,** άδεια παραμονής και εργασίας στην Ελλάδα.	☐	☐	
8. **Για αλλοδαπούς ξένης καταγωγής και υπηκοότητας, πλην αυτών που προέρχονται από Κράτη – Μέλη της Ε.Ε,** πιστοποιητικό αμοιβαιότητας από το Υπουργείο Εξωτερικών.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΜΑΙΑΣ Ή ΜΑΙΕΥΤΗ ΠΟΥ ΕΛΑΒΕ ΠΤΥΧΙΟ ΑΠΟ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ Ε.Ε.»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Υγείας της οικείας Ν.Α.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο διπλώματος, πιστοποιητικού ή άλλου τίτλου από εκείνους που μνημονεύονται στο άρθρο 5 του Π. Δ. 97/86 (ΦΕΚ 14/Α/86) για την έκδοση του επαγγέλματος της Μαίας ή Μαιευτή.	□	□	□
2. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή άλλο στοιχείο με ίδια ισχύ, εκδιδόμενο από την αρμόδια υπηρεσία του κράτους προέλευσης (με ημερομηνία έκδοσης όχι μεγαλύτερη του τριμήνου).	□	□	□
3. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/86 ότι ο υποψήφιος έχει την αναγκαία γνώση της Ελληνικής γλώσσας για την άσκηση του επαγγέλματος της Μαίας ή Μαιευτή αναλαμβάνοντας γι' αυτό προσωπική ευθύνη.	□	□	
4. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7.63 € καθώς και δύο φωτογραφίες (πρόσφατης έκδοσης).	□	□	
5. Βεβαίωση της αρμόδιας αρχής του κράτους προέλευσης, ότι ο υποψήφιος έχει επιδοθεί πραγματικά και νόμιμα στις δραστηριότητες της Μαίας ή Μαιευτή και για πόσο διάστημα, χωρίς να του αφαιρεθεί, στερηθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό και ότι δεν διώκεται ποινικά.	□	□	□
6. Για τους Υπηκόους των Κρατών – Μελών της ΕΕ απαιτείται άδεια διαμονής η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Ο/Η ενδιαφερόμενος/η θα πρέπει να συγκεντρώνει τις ελάχιστες προϋποθέσεις καταρτίσεως ή τους άλλους όρους που προβλέπονται από την οδηγία ΕΟΚ 80/155 της 21ης Ιανουαρίου 1980 για την απόκτηση διπλωμάτων, πιστοποιητικών ή άλλων τίτλων Μαίας ή Μαιευτή (Ε.Ε. ειδική έκδοση 06,002 σελ. 81).

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Αντίγραφο διπλώματος, πιστοποιητικού ή άλλου τίτλου από εκείνους που μνημονεύονται στο άρθρο 5 του Π. Δ. 97/86 (ΦΕΚ 14/Α/86) για την έκδοση του επαγγέλματος της Μαίας ή Μαιευτή.	☐	☐	☐
2. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου ή άλλο στοιχείο με ίδια ισχύ, εκδιδόμενο από την αρμόδια υπηρεσία του κράτους προέλευσης (με ημερομηνία έκδοσης όχι μεγαλύτερη του τριμήνου).	☐	☐	☐
3. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/86 ότι ο υποψήφιος έχει την αναγκαία γνώση της Ελληνικής γλώσσας για την άσκηση του επαγγέλματος της Μαίας ή Μαιευτή αναλαμβάνοντας γι΄ αυτό προσωπική ευθύνη.	☐	☐	
4. Παράβολο δημοσίου ταμείου 7.63 € καθώς και δύο φωτογραφίες (πρόσφατης έκδοσης).	☐	☐	
5. Βεβαίωση της αρμόδιας αρχής του κράτους προέλευσης, ότι ο υποψήφιος έχει επιδοθεί πραγματικά και νόμιμα στις δραστηριότητες της Μαίας ή Μαιευτή και για πόσο διάστημα, χωρίς να του αφαιρεθεί, στερηθεί ή ανασταλεί το δικαίωμα αυτό και ότι δεν διώκεται ποινικά.	☐	☐	☐
6. **Για τους Υπηκόους των Κρατών – Μελών της ΕΕ** απαιτείται άδεια διαμονής η οποία εκδίδεται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης.			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: 7,63 €

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Οικονομική ενίσχυση πρόνοιας σε απροστάτευτα παιδιά»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ
(Υποβάλλονται μόνο όσα δικαιολογητικά είναι απαραίτητα κατά περίπτωση)

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86*	□	□	
2. Φωτοτυπίες ταυτοτήτων επικυρωμένες	□	□	
3. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	□	□	□
4. Βεβαίωση από τη στρατιωτική μονάδα όπου υπηρετεί, στην οποία θα αναγράφεται η πιθανή ημερομηνία απόλυσης.	□	□	□
5. Ιατρική γνωμάτευση από γιατρό κρατικού νοσοκομείου ή απόφαση πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής ή απόφαση άλλου ασφαλιστικού φορέα, στην οποία θα αναγράφονται το ποσοστό αναπηρίας του πατέρα και το χρονικό διάστημα της αναπηρίας.	□	□	
6. Βεβαίωση φυλακών (με πιθανή ημερομηνία αποφυλάκισης)	□	□	
7. Πιστοποιητικό εγκατάλειψης : α) απόφαση διαζυγίου (επικυρωμένο αντίγραφο), β) Απόφαση Επιμέλειας των παιδιών (επικυρωμένο αντίγραφο), γ) Απόφαση Διατροφής (επικυρωμένο αντίγραφο) * **Σε περίπτωση μη ύπαρξης απόφασης διαζυγίου ή μέχρι εκδόσεως της απόφασης αυτής, η εγκατάλειψη του παιδιού από τον πατέρα να πιστοποιείται με ένορκη βεβαίωση Ειρηνοδίκη.**	□	□	□
8. Συμφωνητικό και απόδειξη ενοικίου για τους διαμένοντες σε μισθωμένη κατοικία.	□	□	
9. Εκκαθαριστικό Σημείωμα ή βεβαίωση αρμόδιας οικονομικής εφορίας περί μη υποβολής φορολογικής Δήλωσης - Βεβαίωση αποδοχών -απόκομμα σύνταξης.	□	□	□
10. Βεβαίωση από τράπεζα στην οποία θα αναγράφεται η μηνιαία δόση για όσους διαμένουν σε ιδιόκτητη πρώτη κατοικία που απέκτησαν με στεγαστικό δάνειο.	□	□	
11. Σε περίπτωση απόλυσης την κάρτα ανεργίας.	□	□	
12. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στο κείμενο της υπεύθυνης δήλωσης αναφέρεται η σύνθεση της οικογένειάς σας, η μόνιμη κατοικία σας, τα έσοδα όλων των μελών της οικογένειας και τυχόν αλλαγή τόπου κατοικίας και ότι δεν υπέβαλαν δικαιολογητικά σε άλλη Διεύθυνση Πρόνοιας.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

Η οικονομική ενίσχυση παρέχεται σε παιδιά που ζουν με τη δική τους οικογένεια συγγενείς κατ' ευθείαν με γραμμή απεριόριστα, εκ πλαγίου δε, μέχρι και του τρίτου βαθμού συγγένειας εξ αίματος ή εξ αγχιστείας και είναι:

1. Ορφανά από τους δυο γονείς
2. Ορφανά από πατέρα
3. Παιδιά που ο πατέρας δεν μπορεί να αναλάβει τη συντήρησή τους λόγω:

α. Ασθένειας (αναπηρία 67% και άνω)

β. Εισαγωγής του σε ίδρυμα ψυχικών παθήσεων (και μετά την έξοδό του για δύο χρόνια)

γ. Ηθικής αναξιότητας

δ. Διαζυγίου – Διάστασης

ε. Εγκατάλειψης

στ. Φυλάκισης πέραν των τριών (3) μηνών

ζ. Στράτευσης

η. AIDS

4. Εξώγαμα - έκθετα

5. Εισαγωγή του πατέρα σε ίδρυμα ψυχικών και διανοητικά πασχόντων ατόμων ή σε θεραπευτήρια (μετά την έξοδό τους για δυο (2) χρόνια).

6. Τα παιδιά που φιλοξενούνται λόγω σπουδών σε συγγενική οικογένεια ανεξαρτήτου βαθμού και το ποσό της οικονομικής ενίσχυσης καταβάλλεται στη φυσική οικογένεια των ενισχυόμενων.

7. Δεν παρέχεται η οικονομική ενίσχυση στα απροστάτευτα παιδιά που βρίσκονται σε ιδρύματα που παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες και περίθαλψη και λειτουργούν όλο το χρόνο σε 24ώρη βάση.

8. Το οικογενειακό εισόδημα να μην υπερβαίνει το όριο που καθορίζεται κάθε φορά με προεδρικό διάταγμα

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ: Υποβολή και έλεγχος δικαιολογητικών, διενέργεια κοινωνικής έρευνας, έκδοση απόφασης.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86*	☐	☐	
2. Φωτοτυπίες ταυτοτήτων επικυρωμένες	☐	☐	
3. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
4. Βεβαίωση από τη στρατιωτική μονάδα όπου υπηρετεί, στην οποία θα αναγράφεται η πιθανή ημερομηνία απόλυσης.	☐	☐	☐
5. Ιατρική γνωμάτευση από γιατρό κρατικού νοσοκομείου ή απόφαση πρωτοβάθμιας υγειονομικής επιτροπής ή απόφαση άλλου ασφαλιστικού φορέα, στην οποία θα αναγράφονται το ποσοστό αναπηρίας του πατέρα και το χρονικό διάστημα της αναπηρίας.	☐	☐	
6. Βεβαίωση φυλακών (με πιθανή ημερομηνία αποφυλάκισης)	☐	☐	
7. Πιστοποιητικό εγκατάλειψης : α) απόφαση διαζυγίου (επικυρωμένο αντίγραφο), β) Απόφαση Επιμέλειας των παιδιών (επικυρωμένο αντίγραφο), γ) Απόφαση Διατροφής (επικυρωμένο αντίγραφο) *** Σε περίπτωση μη ύπαρξης απόφασης διαζυγίου ή μέχρι εκδόσεως της απόφασης αυτής, η εγκατάλειψη του παιδιού από τον πατέρα να πιστοποιείται με ένορκη βεβαίωση Ειρηνοδίκη.**	☐	☐	☐
8. Συμφωνητικό και απόδειξη ενοικίου για τους διαμένοντες σε μισθωμένη κατοικία.	☐	☐	
9. Εκκαθαριστικό Σημείωμα ή βεβαίωση αρμόδιας οικονομικής εφορίας περί μη υποβολής φορολογικής Δήλωσης - Βεβαίωση αποδοχών -απόκομμα σύνταξης.	☐	☐	☐
10. Βεβαίωση από τράπεζα στην οποία θα αναγράφεται η μηνιαία δόση για όσους διαμένουν σε ιδιόκτητη πρώτη κατοικία που απέκτησαν με στεγαστικό δάνειο.	☐	☐	
11. Σε περίπτωση απόλυσης την κάρτα ανεργίας.	☐	☐	
12. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στο κείμενο της υπεύθυνης δήλωσης αναφέρεται η σύνθεση της οικογένειάς σας, η μόνιμη κατοικία σας, τα έσοδα όλων των μελών της οικογένειας και τυχόν αλλαγή τόπου κατοικίας και ότι δεν υπέβαλαν δικαιολογητικά σε άλλη Διεύθυνση Πρόνοιας.

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση μηνιαίου στεγαστικού επιδόματος»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86*	□	□	
2. Μισθωτήριο συμβόλαιο μεταξύ ηλικιωμένων και ιδιοκτήτη, θεωρημένο από τη Δ.Ο.Υ. του τόπου διαμονής	□	□	
3. Εκκαθαριστικό εφορίας, αν υποβάλλεται δήλωση φόρου εισοδήματος ή βεβαίωση περί μη υποβολής (εκδίδεται από τη Δ.Ο.Υ του τόπου διαμονής).	□	□	□
4. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας	□	□	
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή πιστοποιητικό γέννησης	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Δηλώνονται τα εξής: «**α)** ότι είναι ανασφάλιστος και δεν παίρνει σύνταξη από Δημόσιο ή άλλο Ασφαλιστικό Οργανισμό ή οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή αλλοδαπής και ότι έχει η στερείται εισοδήματος προερχόμενο από εργασία ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή όπως ενοίκια κλπ. **β)** ότι έχει ή δεν έχει ακίνητα περιουσιακά στοιχεία, **γ)** ότι τα δύο τελευταία χρόνια είναι μόνιμος κάτοικος της περιοχής όπου διαμένει, **δ)** ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ειδοποιήσει αμέσως την υπηρεσία από τη στιγμή που εγκαταλείπεται οριστικά ο μισθωμένος χώρος για οποιαδήποτε αιτία»

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

Η στεγαστική συνδρομή χορηγείται σε ανασφάλιστα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών και σε ανασφάλιστα ζεύγη που:

Α) Στερούνται ιδιόκτητης στέγης και διαμένουν σε μισθωμένο οίκημα

Β) Συντρέχει περίπτωση οικονομικής αδυναμίας κατά την έννοια των διατάξεων του ΝΔ 57/1973 και δε διαθέτουν εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή προερχόμενο της ημεδαπής, αλλοδαπής ή ακίνητη περιουσία στοιχεία ικανά να τους παρέχουν τη δυνατότητα αντιμετώπισης των στεγαστικών δαπανών.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την υπογραφή της αναγνωριστικής απόφασης. Η προθεσμία ξεκινά από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

.........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86*	□	□	
2. Μισθωτήριο συμβόλαιο μεταξύ ηλικιωμένων και ιδιοκτήτη, θεωρημένο από τη Δ.Ο.Υ. του τόπου διαμονής	□	□	
3. Εκκαθαριστικό εφορίας, αν υποβάλλεται δήλωση φόρου εισοδήματος ή βεβαίωση περί μη υποβολής (εκδίδεται από τη Δ.Ο.Υ του τόπου διαμονής).	□	□	□
4. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας	□	□	
5. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης ή πιστοποιητικό γέννησης	□	□	□

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την υπογραφή της αναγνωριστικής απόφασης. Η προθεσμία ξεκινά από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Χορήγηση Δελτίου Μετακίνησης ΑμεΑ με τα μαζικά μέσα συγκοινωνίας»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση πρωτοβάθμιων Υγειονομικών Επιτροπών*	□	□	
2. Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο διπλής όψης της αστυνομικής ταυτότητας.	□	□	
3. Συμφωνητικό μίσθωσης κατοικίας ή ένα εκ των λογαριασμών Δεη, ΟΤΕ, Ύδρευσης. Κινητής Τηλεφωνίας που εκδίδεται στο όνομα του δικαιούχου του δελτίου. Σε περίπτωση που δεν προκύπτει η μόνιμη κατοικία από κανένα εκ των παραπάνω εγγράφων, δηλώνεται με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86.	□	□	
4. Δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες**	□	□	
5. Οι μόνιμα διαμένοντες στις περιοχές Ν.Α Αθηνών – Πειραιώς (πλην νήσων), Αν. Αττικής, Δυτ. Αττικής και Θες/νικης υποβάλλουν φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος της οικείας Δ.Ο.Υ ενώ στην περίπτωση που ο δικαιούχος δεν υποχρεούται να υποβάλλει φορολογική δήλωση, υποβάλλει υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 θεωρημένη από τη Δ.Ο.Υ.	□	□	
6. Όσοι προσέρχονται στις Δ/νσεις – Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας των Ν.Α Αθηνών – Πειραιώς (πλην νήσων), Αν. Αττικής, Δυτ. Αττικής και Θες/νικης, με τα ανωτέρω δικαιολογητικά για να λάβουν το Δελτίο Μετακίνησης – εφόσον κριθούν δικαιούχοι – απαραίτητο είναι να προσκομίζουν το ασφαλιστικό Βιβλιάριο Υγείας, στο πίσω εξώφυλλο του οποίου, ο αρμόδιος υπάλληλος που χορηγεί το Δελτίο, μονογράφει, σημειώνοντας και την ημερομηνία παράδοσης αυτού και το σφραγίζει.	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*Αναγράφεται το παθολογοανατομικό ποσοστό αναπηρίας (τουλάχιστον 67%). Σε περίπτωση που δεν έχει λήξει το χρονικό διάστημα για το οποίο έχει χορηγηθεί η ανωτέρω γνωμάτευση, τότε δε θα προσκομισθεί νέα.

** Ειδικά οι ολικά τυφλοί και οι βαριά νοητικά υστερούντες με δείκτη νοημοσύνης 30 και κάτω που δικαιούνται Δελτίο Συνοδού, πρέπει να συνυποβάλλουν τρεις (3) ίδιες φωτογραφίας από τις οποίες η μία επικολλάται στο Δελτίο του Συνοδού.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ :
Α) Οι δικαιούχοι που διαμένουν στις Ν.Α Αττικής και Ν.Α Θεσσαλονίκης παραλαμβάνουν τα δελτία σε συγκεκριμένες προβλεπόμενες προθεσμίες από τις Δ/νσεις Πρόνοιας. **Β)** Όλοι οι υπόλοιποι δικαιούχοι εκτός αυτών που διαμένουν στις ως άνω Ν.Α.παραλαμβάνουν το δελτίο εντός 10 ημερών, από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Γνωμάτευση πρωτοβάθμιων Υγειονομικών Επιτροπών*	☐	☐	
2. Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο διπλής όψης της αστυνομικής ταυτότητας.	☐	☐	
3. Συμφωνητικό μίσθωσης κατοικίας ή ένα εκ των λογαριασμών Δεη, ΟΤΕ, Ύδρευσης. Κινητής Τηλεφωνίας που εκδίδεται στο όνομα του δικαιούχου του δελτίου. Σε περίπτωση που δεν προκύπτει η μόνιμη κατοικία από κανένα εκ των παραπάνω εγγράφων, δηλώνεται με υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86.	☐	☐	
4. Δύο (2) πρόσφατες φωτογραφίες**	☐	☐	
5. Οι μόνιμα διαμένοντες στις περιοχές Ν.Α Αθηνών – Πειραιώς (πλην νήσων), Αν. Αττικής, Δυτ. Αττικής και Θες/νικης υποβάλλουν φωτοαντίγραφο εκκαθαριστικού σημειώματος της οικείας Δ.Ο.Υ ενώ στην περίπτωση που ο δικαιούχος δεν υποχρεούται να υποβάλλει φορολογική δήλωση, υποβάλλει υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 θεωρημένη από τη Δ.Ο.Υ.	☐	☐	
6. Όσοι προσέρχονται στις Δ/νσεις – Τμήματα Κοινωνικής Πρόνοιας των Ν.Α Αθηνών – Πειραιώς (πλην νήσων), Αν. Αττικής, Δυτ. Αττικής και Θες/νικης, με τα ανωτέρω δικαιολογητικά για να λάβουν το Δελτίο Μετακίνησης – εφόσον κριθούν δικαιούχοι – απαραίτητο είναι να προσκομίζουν το ασφαλιστικό Βιβλιάριο Υγείας, στο πίσω εξώφυλλο του οποίου, ο αρμόδιος υπάλληλος που χορηγεί το Δελτίο, μονογράφει, σημειώνοντας και την ημερομηνία παράδοσης αυτού και το σφραγίζει.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :

Α) Οι δικαιούχοι που διαμένουν στις Ν.Α Αττικής και Ν.Α Θεσσαλονίκης παραλαμβάνουν τα δελτία σε συγκεκριμένες προβλεπόμενες προθεσμίες από τις Δ/νσεις Πρόνοιας. **Β)** Όλοι οι υπόλοιποι δικαιούχοι εκτός αυτών που διαμένουν στις ως άνω Ν.Α.παραλαμβάνουν το δελτίο εντός 10 ημερών, από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Επιδόματος Καυσίμων»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Δ/νση Πρόνοιας της οικείας Ν.Α**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης				**Αριθμός Μητρώου Κάρτας Αναπηρίας**			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Απόφασης Εισαγωγής της Αρμόδιας Τελωνιακής Αρχής			
2. Βεβαίωση της Αρμόδιας Τελωνιακής Αρχής για την ατελή παράδοση αυτοκινήτου στον ενδιαφερόμενο ανάπηρο με βάση τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας.	☐	☐	☐
3. Γνωμάτευση της Ανώτατης Στρατιωτικής Υγειονομικής Επιτροπής (ΑΣΥΕ) ή της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής (ΠΥΕ)*	☐	☐	
4. Νόμιμη εξουσιοδότηση (με συμβολαιογραφική πράξη ή απλή θεώρηση του γνησίου της υπογραφής που γίνεται και από την υπηρεσία) σε περίπτωση που δε θα εισπράττει το επίδομα ο ίδιος ο δικαιούχος. Σε περίπτωση ανήλικων παιδιών Υπεύθυνη Δήλωση των δύο γονέων ότι υπάρχει ο γάμος και ορισμός του ενός για την είσπραξη του επιδόματος.	☐	☐	
5. Επικυρωμένο Αντίγραφο άδειας οδήγησης	☐	☐	
6. Επικυρωμένο αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του δικαιούχου και του υπευθύνου είσπραξης, όταν ορίζεται	☐	☐	☐
7. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86**	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*Η γνωμάτευση πρέπει να ορίζει σαφώς ότι ο ενδιαφερόμενος έχει κινητική αναπηρία των δύο κάτω άκρων με ποσοστό 80% και άνω ή ακρωτηριασμό και των δύο κάτω άκρων. Για την έκδοσή της απαιτείται ιατρική γνωμάτευση διευθυντή γιατρού νευρολογικής ή νευροχειρουργικής κλινικής κρατικού νοσοκομείου, προκειμένου δε για μετατραυματική τετραπληγία – παραπληγία και διευθυντή ιατρού ορθοπεδικής κλινικής του ίδιου νοσοκομείου, θεωρημένη για το γνήσιο της υπογραφής από το διοικητικό διευθυντή.

Δηλώνονται τα εξής: «α)** κατέχει και χρησιμοποιεί το αυτοκίνητο που έχει εισάγει ατελώς και **β)** θα αναφέρει στην Υπηρεσία κάθε μεταβολή, η οποία συνεπάγεται τη διακοπή του επιδόματος καυσίμων, όπως θάνατος δικαιούχου, πώληση, απώλεια ή ολοκληρωτική καταστροφή του αυτοκινήτου, μη κίνηση του αυτοκινήτου πέραν του τριμήνου λόγω σοβαρών μηχανικών βλαβών, παραμονή του αναπήρου σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα πέραν του τριμήνου, μετοίκηση σε άλλο νομό κλπ».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

Α) Ανάπηροι με παράλυση των δύο κάτω άκρων 80% και άνω ή ακρωτηριασμό και των δύο ποδιών

Β) Ατελής εισαγωγή και κυκλοφορία αυτοκινήτου

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Απόφασης Εισαγωγής της Αρμόδιας Τελωνιακής Αρχής			
2. Βεβαίωση της Αρμόδιας Τελωνιακής Αρχής για την ατελή παράδοση αυτοκινήτου στον ενδιαφερόμενο ανάπηρο με βάση τις διατάξεις της ισχύουσας νομοθεσίας.	☐	☐	☐
3. Γνωμάτευση της Ανώτατης Στρατιωτικής Υγειονομικής Επιτροπής (ΑΣΥΕ) ή της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής (ΠΥΕ)*	☐	☐	
4. Νόμιμη εξουσιοδότηση (με συμβολαιογραφική πράξη ή απλή θεώρηση του γνησίου της υπογραφής που γίνεται και από την υπηρεσία) σε περίπτωση που δε θα εισπράττει το επίδομα ο ίδιος ο δικαιούχος. Σε περίπτωση ανήλικων παιδιών Υπεύθυνη Δήλωση των δύο γονέων ότι υπάρχει ο γάμος και ορισμός του ενός για την είσπραξη του επιδόματος.	☐	☐	
5. Επικυρωμένο Αντίγραφο άδειας οδήγησης	☐	☐	
6. Επικυρωμένο αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας του δικαιούχου και του υπευθύνου είσπραξης, όταν ορίζεται	☐	☐	☐
7. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86**	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)